



Repubblica Italiana – Regione Sicilia
Istituto Comprensivo Statale “L. Sciascia”
Stradale S. G. Galermo, s.n. – 95045 Misterbianco
C.F.: 93066950879 – C.M.: CTIC88800R
Tel. 095/7556969 - fax 095/7556960 - e-mail: ctic88800r@istruzione.it
Codice univoco: UFVTSL

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

anno scolastico 2017-18

Al Servizio di Neuropsichiatria Infantile
e Adolescenziale
Distretto 2 – ASP Catania 3

Oggetto: *Richiesta di consulenza per singolo caso.*

Si richiede l'attivazione di una consulenza diagnostica per definire la situazione problematica dell'alunno/a di cui si anticipano le indicazioni contenute nella scheda allegata.

I Docenti

Il Dirigente Scolastico

Il Referente per le Difficoltà Scolastiche

SCHEMA DI RICHIESTA DI CONSULENZA

Dati personali dell'alunno/a

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita _____

Residenza: _____ Telefono: _____

Motivo della richiesta

Ipotesi di sostegno si no

Scolarità

Classe frequentata: I° II° III° IV° V°

Scuola dell'infanzia primaria secondaria I grado secondaria II grado

Organizzazione oraria: _____

N° alunni della classe: _____

Frequenza scolastica: continuativa ridotta saltuaria

Se la frequenza non è regolare, quali sono i motivi?

Esperienze scolastiche precedenti:

- Asilo nido
- Scuola dell'infanzia
- Scuola primaria
- Scuola secondaria I grado

Eventuali indicazioni dagli ordini scolastici precedenti:

Eventuali cambi di scuola

Eventuali ripetenze

Altro

Problema segnalato

Ambito

Descrizione

Insorgenza del problema

Profilo dell'alunno/a (compilare solo le voci significative)

Autonomia personale:

Igiene e cura di sé

Alimentazione

Orientamento nell'ambiente

Padronanza dell'ambiente

Altro

Area motoria e psicomotoria:

Schema corporeo

Lateralità

Coordinazione dinamica generale

Coordinazione oculo-manuale

Partecipazione:

anche su iniziativa spontanea

solo su proposta di altri

Indicare per ogni abilità seguente il livello raggiunto secondo questi valori:

1= molto buono; 2= buono; 3= sufficiente; 4= scarso; 5= molto scarso.

Abilità linguistiche:

	Livello					Osservazioni
	1	2	3	4	5	
Pronuncia	1	2	3	4	5	
Conoscenze lessicali	1	2	3	4	5	
Lettura	1	2	3	4	5	
Scrittura	1	2	3	4	5	
Comprensione linguaggio orale	1	2	3	4	5	
Comprensione linguaggio scritto	1	2	3	4	5	
Produzione orale	1	2	3	4	5	
Produzione scritta	1	2	3	4	5	

Abilità logico-matematiche

	Livello					Osservazioni
	1	2	3	4	5	
Calcolo	1	2	3	4	5	
Operare con i numeri	1	2	3	4	5	
Risoluzione di problemi	1	2	3	4	5	
Geometria	1	2	3	4	5	
Abilità di studio	1	2	3	4	5	
Orientamento spazio-temporale interpretazione di grafici e tabelle	1	2	3	4	5	
Attenzione	1	2	3	4	5	
Memoria	1	2	3	4	5	

Ambito relazionale

Indici comportamentali
(Rapporti interpersonali, comportamenti
sintomatici, risposta in situazione di attività)

Rapporto con gli insegnanti

Rapporto con i compagni

Atteggiamento verso la scuola

Interventi già effettuati
(organizzazione oraria, articolazione gruppo
classe, attività di recupero,
risorse aggiuntive)

Specificare se l'alunno è già stato seguito
da altri servizi specialistici:

Situazione rispetto all'andamento generale
della classe

Intervento con i genitori

Percezione del problema da parte
dei genitori

Percezione del problema da parte
dell'alunno/a

Eventuali osservazioni

LA SEGUENTE PARTE SOSTITUISCE LA TABELLA DEGLI APPRENDIMENTI NELLA FORMA PER LA SCUOLA DELL'INFANZIA

	Livello					Osservazioni
Pronuncia	1	2	3	4	5	
Conoscenze lessicali	1	2	3	4	5	
Comprensione	1	2	3	4	5	
Produzione	1	2	3	4	5	
Competenze grafico-pittoriche	1	2	3	4	5	
Orientamento spazio-temporale	1	2	3	4	5	
Competenze visuo-percettive	1	2	3	4	5	

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI

_____ sottoscritt _____
(Cognome e nome di un genitore o di chi ha ruolo di tutore)

in qualità di _____
(specificare la relazione con l'alunno/a)

dichiara

- di aver preso visione dell'allegata scheda compilata dagli insegnanti;
- di esprimere il proprio consenso per la trasmissione dei dati in essa contenuti;
- di essere stato informato delle procedure per l'attivazione di un rapporto di consulenza per cui esprime il proprio consenso.

Dichiara inoltre:

- Di aver avuto precedenti contatti con i servizi dell'ASL:
 - Consultorio Familiare di _____
 - U.O. Tutela Minori
- Di aver avuto precedenti contatti con i servizi dell'Azienda Ospedaliera:
 - U.O. di Neuropsichiatria (UONPIA) di _____
- Di non aver avuto alcun contatto con i servizi dell'ASL e/o con i servizi dell'Azienda Ospedaliera

Data _____

Firma _____